

Ishiyaku the BASICS

新ベーシックペリオ

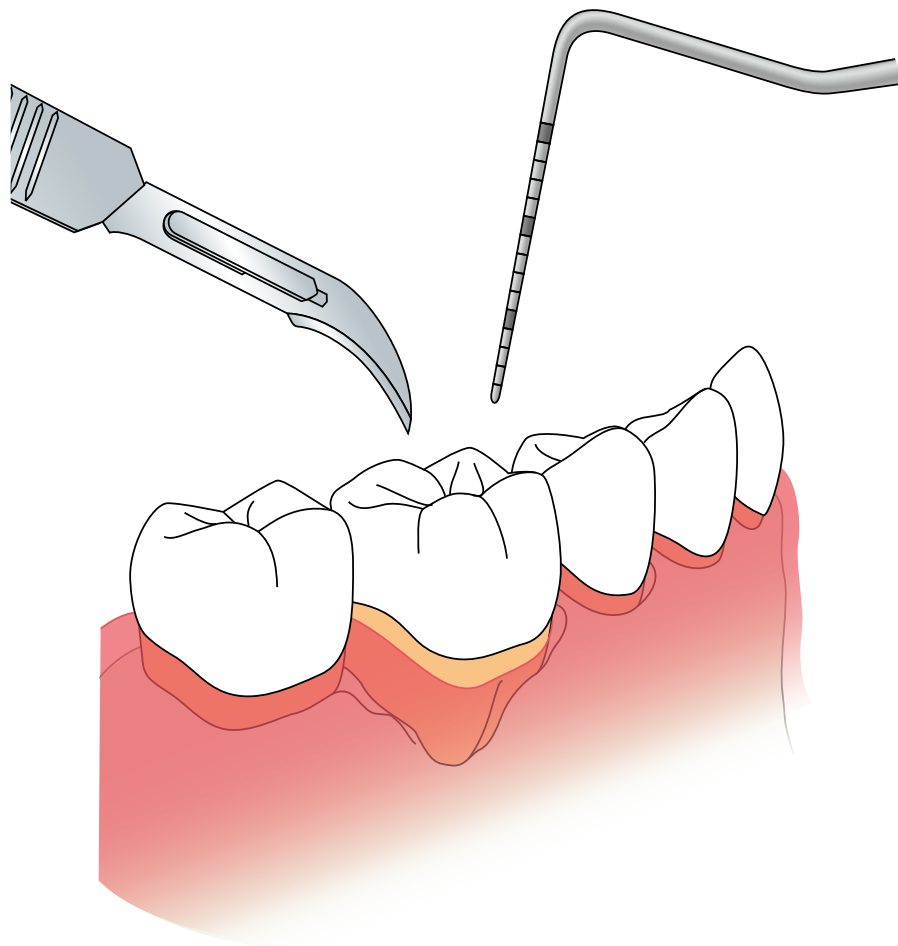
ここからはじめる歯周治療の基本と実践

斎田寛之・鎌田征之・芝多佳彦・福場駿介 編著

CHAPTER 1 歯周基本治療編

CHAPTER 2 歯周外科治療編

CHAPTER 3 メンテナンス(SPT)編



医歯薬出版株式会社

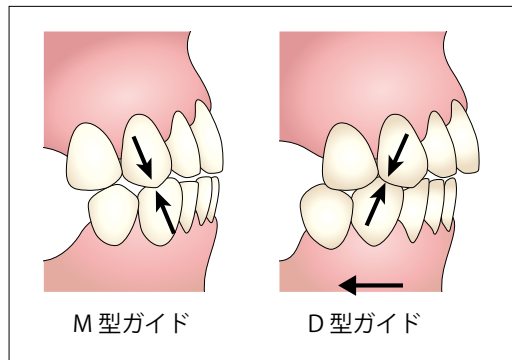


図14 犬歯関係

D型ガイド(②)は上顎小白歯と下顎犬歯、上顎犬歯と下顎前歯のガイドになりやすく、またM型ガイド(①)と比べ顎関節が後方に押し込まれやすい



図15 角化歯肉幅, 小帯異常

- ①下顎の口腔前庭を見ると歯肉の色調によって、角化歯肉と遊離歯肉の違いがよくわかる
- ②わかりづらい場合にはヨードで一時的な染色をするとよりわかりやすい。7]の欠損部位では角化歯肉幅が減少していることがわかる
- ③頬小帯の高位付着により口腔前庭が浅く、角化歯肉幅も少なくなっている



2 犬歯関係

上下犬歯の位置関係による側方運動に着目すると、上顎犬歯近心と下顎犬歯遠心の咬合小面で誘導するM型と、逆に上顎犬歯遠心と下顎近心小面で誘導するD型に分類できます。D型は作業側において下顎頭が後方の顎関節に押し込まれやすいため、M型が望ましい犬歯関係です(図14)。

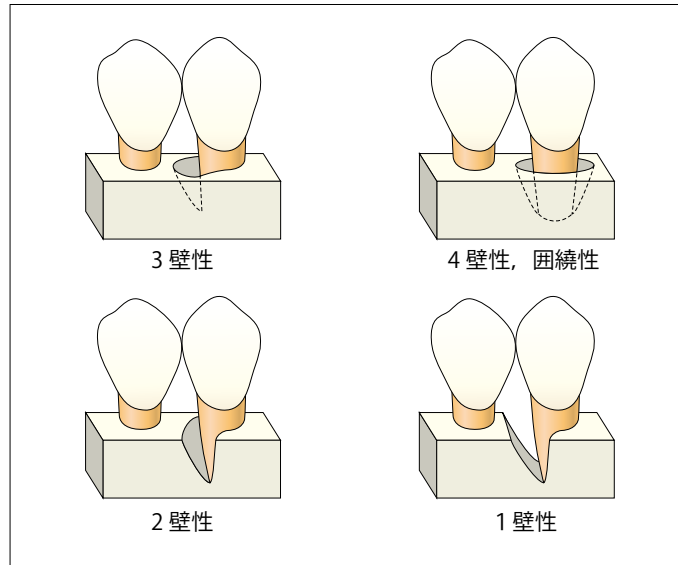


図5 骨欠損形態

- 1壁性：頬舌側の骨壁が失われ、隣在歯との間の骨壁のみ残存している
- 2壁性：隣在歯との間の骨壁が残存し、頬舌側どちらか一方の骨壁が失われた状態
- 3壁性：隣在歯、頬舌側の3壁が残存している状態
- 4壁性：根周囲に骨吸収が起きているが、外壁は残存している状態

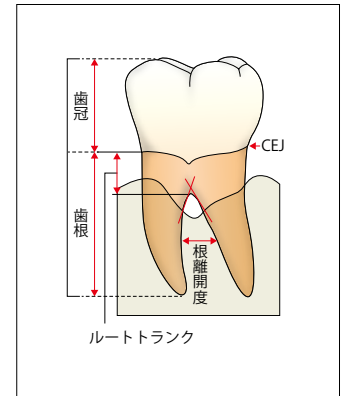


図6 根分岐部で診査する部位

の順に治りやすいといわれており、これらを踏まえて垂直性骨欠損の形態を診断し、治療方法を考えていきます（詳細は、p.126～、Chapter 2, Section 01「歯周外科治療の基礎知識」参照）

5 根分岐部病変

根分岐部病変とは、複根歯（おもに上下顎の大白歯、上顎第一小白歯の一部）の根間中隔の歯周組織が破壊される病変です。複雑な解剖学的形態をもつ根分岐部病変においてはデブライドメントが困難で、どのようにアプローチしていくか悩まされる場面が非常に多いです。根分岐部病変が発生する原因としては、辺縁歯周組織からの炎症の波及、外傷性咬合、歯周-歯内病変、パーフォレーションが挙げられます。そこに歯根の形態や離開度、ルートトランクの長さ、根面溝、エナメルプロジェクションなどの解剖学的な特徴により病変の波及や程度が変わってきます。

1) 根分岐部病変の診断のための歯周組織検査

根分岐部病変が発生した原因と付着喪失の程度や範囲を正確に検査するためには、歯周プローブを用いた歯周組織検査、デンタルX線を用いた検査に加え、根分岐部用プローブを用いた歯周組織検査、必要であればCBCTを用いた三次元的な検査を行う必要があります。根分岐部の診査では、ルートトランクの長さ、歯冠歯根比、歯根の状態（長さ、形態、彎曲度、歯根の離開度）などを診ていきます（図6）。

2) 根分岐部病変の代表的な分類

① LindheとNymanの分類（図7）³⁾

水平的な組織破壊の状態を1～3度で分類する

SECTION
09

歯周基本治療の考え方と実践

③ 歯周基本治療後の再評価

齋田 寛之

歯周治療において、再評価は非常に重要なステップです。初診時には急性炎症や歯石の存在などによりプロービングデプスは正確には計測できないことも多いため、炎症が慢性化し、歯石がほぼ除去できた時点で行う計測は初診時よりも正確です。歯周基本治療の成否を判断するという意味に加えて、目標に向けての仕切り直しという意味も大きいと考えます。

初診時の予測よりも歯周組織の反応が悪い場合は、その原因を考えることが重要であり、残存した歯周ポケットに対しては歯周外科治療を行うのか、再SRPを行うのか、SPTに移行するのかを総合的に判断します。

再評価検査の位置づけ

歯周基本治療後の再評価検査は、口腔内写真撮影、歯周組織検査、デンタルX線写真撮影、動揺度測定、口腔衛生状態の確認（プラークコントロールレコード：PCR）、これに加えて咬合診査、義歯を装着している場合はその適合や咬合状態の確認などを行います（表1）。

これらの検査は初診時にも行いますが、初診時には急性炎症を伴っている場合や数カ月以内に急性炎症が起きている可能性もあり、プロービング検査では正確な測定ができていない可能性があります（図1）。また、デンタルX線写真においても、急性炎症時には骨基質が失われるため、透過像が大きく写っていることがあります（図2）。これ

表1 再評価検査で行うこと

- 口腔内写真撮影
- 歯周組織検査
- デンタルX線写真撮影
- 動揺度の測定
- プラークコントロールレコード（PCR）の確認
- 咬合診査
- 義歯の適合や咬合の確認

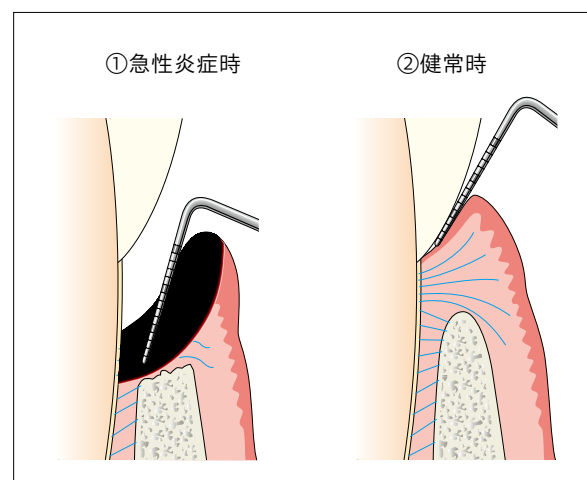


図1 急性炎症を伴うと、プローブ先端は結合組織を貫通する



臨床クイズ

[歯周基本治療編 / 歯周基本治療の考え方と実践]

齋田 寛之

Q.1 この歯、抜歯する？ しない？

1] がグラグラするという主訴で来院された患者です。デンタルX線写真を撮影すると、根尖部付近まで骨欠損の進行がみられ、動揺度は3度ありました。さてこの歯は抜歯となるのでしょうか？



図 初診時60歳，女性

非喫煙者。初診時1]に垂直的動揺がみられ、デンタルX線写真を撮影すると根尖を越える骨吸収像が認められ、遠心部で最大で7mmの歯周ポケット、3度の動揺度がみられた。EPT (+)で歯髄はバイタル

答えと解説は p.120

Q.2 歯周病症例でナイトガードを入れるタイミングをどう考えますか？

全顎的に重度の歯周炎に罹患しており、動揺歯が多く存在する患者です。このような患者ではどのタイミングでナイトガードを作製すればよいのでしょうか？



図 48歳，女性

全顎的に重度の歯周炎に罹患しており、上顎では動揺歯が多く存在した

答えと解説は p.121

Q.3 この症例、いつ咬合調整を行いますか？

4 5 は3度の動揺度で垂直性の動揺を伴い、早期接触が認められました。また、6 にも1度の動揺度があります。この症例、いつ咬合調整を行いますか？



図 初診時58歳，女性

4 5 は動揺度3度で垂直性の動揺を伴い、早期接触が認められた。6 も動揺度1度

答えと解説は p.121



若手のピットフォール & アドバイス

[歯周外科治療編]

1 骨膜まで切開が及んでいない

福場 駿介

□ Check! 切り残しやすい歯根周囲・骨欠損部・歯間部に注意!

切開が終わり剥離を進めていく際に、骨膜まで切開が達していないために、うまく剥離ができないことがあります (図1)。歯周外科処置に限らず、口腔内での切開を伴う外科処置において、これはもっとも典型的なピットフォールといえるでしょう。

まずは、切り残しやすいところをよく理解しておきましょう。特に歯冠の膨隆が大きい歯根周囲 (図2) や骨欠損部、歯間部などでは注意が必要です。また、切れ味の悪くなったメスをいつまでも使わないこと、しっかりと刃先に歯槽骨の表面を感じて、骨膜を一筆書きで離断するように、ゆっくりメスを動かしていくことが肝要です。

切り残しがあるとわかったら強引に剥離するのではなく、剥離子をメスに持ち替えて、切り損ねた骨膜をしっかり切離するようにしましょう。

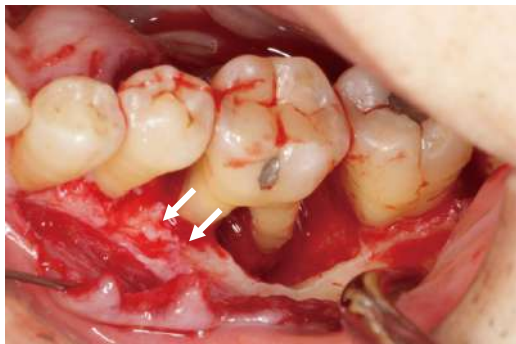


図1 骨膜まで切開が及んでいなかったために、骨膜が一部、歯槽骨側に残存している (矢印) 意図しない形で一部分層弁のような切開・剥離となっている。毛細血管の損傷による出血のため視野の確保が困難となり、術後の治癒も悪くなる



図2 歯根周囲の切開が不十分で、歯槽骨と歯肉弁が適切に剥離できていない (矢印) #12の替刃メスなどで底部までしっかり切開することが重要である

2 MPPT (modified papilla preservation techniques) での歯間乳頭の裂開

岩淵 義之・芝 多佳彦

□ Check! 切開は角化歯肉内に、歯肉弁を鈍的に剥離しない

図1~3は、上顎左側の垂直性骨欠損に対してフラップ手術を行った症例です。[34]の歯根間距離が2mmを超えているので、歯間乳頭を保存するために、[3] 遠心からmodified papilla preservation techniques (MPPT, p.142, 174) にて切開を行いました。

ところが、切開は骨縁上を避けようとしすぎたあまり歯頸部から離れ、可動粘膜付近にまで及んでいます。また剥離時の歯肉弁の扱いが悪かったのか、歯間乳頭はうっ血し暗い色合いになっています。縫合は歯肉弁に強いテンションを加えないようループ縫合を行っているものの、歯肉弁が壊死、収縮してしまったことでループの結び目がきつくなり、辛うじて歯肉弁を押さえているような状態です (図2)。術後、